



QUESTIONNAIRE FERTILITÉ / ENDOMÉTRIOSE

À compléter obligatoirement et renvoyer le plus rapidement possible.

Si les questions relatives à la fertilité ne vous concernent pas, vous pouvez les passer.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE MADAME

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
Langue :
Tél. :
GSM :
E-mail :
Profession :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PARTENAIRE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
Langue :
Tél. :
GSM :
E-mail :
Profession :



Souffrez-vous d'une ou plusieurs des affections ci-dessous ?

| | Non | Oui |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Asthme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Syndrome de fatigue chronique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Surdité ou perte d'audition à une oreille ou les deux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dépression | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabète | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eczéma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fibromyalgie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mononucléose infectieuse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inflammation de la thyroïde (maladie de Hashimoto) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Migraine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sclérose en plaques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sténose du pylore | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Polyarthrite rhumatoïde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Scoliose (déviation latérale de la colonne vertébrale) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autres problèmes de dos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inflammation chronique des glandes lacrymales et salivaires (syndrome de Sjörgen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Problèmes de thyroïde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Affections cardiaques, si oui : précisez : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lupus érythémateux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maladie de Crohn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maladie inflammatoire du côlon (colite ulcéreuse) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Syndrome du côlon irritable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre (précisez) : | | |

.....

Êtes-vous allergique à certains médicaments (antibiotiques,...), au latex ou aux désinfectants ?

O non O oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des problèmes d'ordre gynécologique ?

O non O oui, précisez :

Avez-vous déjà eu un cancer ?

O non O oui, précisez :

ANTÉCÉDENTS GYNECOLOGIQUES

À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations ? ans

Avez-vous des malformations au niveau de l'utérus ou du col de l'utérus ? O non O oui

Si oui, avez-vous subi une quelconque opération à cet effet ? O non O oui

Souffrez-vous d'endométriose ? O non O oui

Si oui, avez-vous subi une quelconque opération à cet effet ? O non O oui



ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année et le nom de l'opération :

Avez-vous déjà subi une opération gynécologique ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année, la nature de l'opération et le nom du gynécologue qui vous a opérée :
.....

ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE FERTILITÉ

Prenez-vous actuellement de l'acide folique ? non oui

Y a-t-il déjà plus d'un an que vous essayez d'être enceinte ? non oui

Avez-vous déjà subi des examens pour déterminer la cause des troubles de la fertilité ?

non oui

MODE DE VIE

Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes dans votre vie ? non oui

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? ans

Si oui, êtes-vous actuellement une fumeuse active ? non oui

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Si vous n'avez pas d'antécédents obstétricaux, veuillez passer à la section « Renseignements sur les traitements de fertilité précédents ».

Combien de grossesses (y compris les fausses couches ou les interruptions de grossesse) avez-vous eu ?

| <i>Grossesse</i> | <i>Quand (année)</i> | <i>Traitement de l'infertilité nécessaire pour cette grossesse ?</i> | <i>Temps qu'il a fallu pour obtenir cette grossesse</i> | <i>Évolution de la grossesse</i> | <i>Poids à la naissance</i> |
|------------------|----------------------|--|---|--|-----------------------------|
| 1 ^e | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | | <input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né | |
| 2 ^e | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | | <input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né | |
| 3 ^e | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | | <input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né | |
| 4 ^e | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | | <input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né | |
| 5 ^e | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | | <input type="radio"/> enfant né vivant <input type="radio"/> fausse couche <input type="radio"/> grossesse extra-utérine <input type="radio"/> interruption de grossesse <input type="radio"/> mort-né | |

Avez-vous eu des problèmes pendant votre (vos) grossesse(s) ? non oui

Si oui, veuillez indiquer quels problèmes et lors de quelle grossesse

Avez-vous eu des problèmes après votre (vos) accouchement(s) ? non oui

Si oui, précisez :

Y a-t-il eu des problèmes avec votre (vos) bébé(s) après la naissance ? non oui

Si oui, précisez :



Avez-vous donné l'allaitement maternel ? non oui

Si vous avez eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, veuillez compléter le tableau ci-dessous.

| Grossesse | Année | Nombre de semaines | Vu le sac gestationnel | Activité cardiaque |
|------------------------------|-------|--------------------|--|--|
| 1 ^e fausse couche | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui |
| 2 ^e fausse couche | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui |
| 3 ^e fausse couche | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui |
| 4 ^e fausse couche | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui |
| 5 ^e fausse couche | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui |

RENSEIGNEMENTS SUR LES TRAITEMENTS DE FERTILITÉ ANTÉRIEURS

Avez-vous déjà subi un traitement pour des troubles de la fertilité ? non oui

Si oui, qui était votre médecin traitant ?

Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'induction de l'ovulation ? non oui

Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau.

Combien de cycles ?

| Cycle | Médication (*) | Dose (**) | Ovulation | Résultat (***) |
|-----------------|----------------|-----------|--|----------------|
| 1 ^{er} | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | |
| 2 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | |
| 3 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | |
| 4 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | |
| 5 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | |
| 6 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | |

(*) (**) (***) voir les différentes options à la page suivante



(*) Médication : Gonal-F, Puregon, Menopur, Clomid, Pergotime, Pregnyl, autre (précisez)

(**) Dose : en nombre de comprimés/ampoules par jour

(***) Choisissez l'une des options suivantes :

- 1 = pas enceinte
- 2 = uniquement augmentation de l'hormone de grossesse dans le sang ou l'urine, mais après fausse couche très précoce
- 3 = fausse couche
- 4 = grossesse extra-utérine
- 5 = grossesse et naissance

Avez-vous déjà eu une insémination artificielle ?

non oui

Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau.

Combien de cycles ?

| Cycle | Médication (*) | Dose (**) | Insémination | Sperme | Résultat (***) |
|-----------------|----------------|-----------|--|---|----------------|
| 1 ^{er} | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> partenaire <input type="radio"/> donneur | |
| 2 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> partenaire <input type="radio"/> donneur | |
| 3 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> partenaire <input type="radio"/> donneur | |
| 4 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> partenaire <input type="radio"/> donneur | |
| 5 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> partenaire <input type="radio"/> donneur | |
| 6 ^e | | | <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> partenaire <input type="radio"/> donneur | |

(*) Médication : Gonal-F, Puregon, Menopur, Clomid, Pergotime, Pregnyl, autre (précisez)

(**) Dose : en nombre de comprimés/ampoules par jour

(***) Choisissez l'une des options suivantes :

- 1 = pas enceinte
- 2 = uniquement augmentation de l'hormone de grossesse dans le sang ou l'urine, mais après fausse couche très précoce
- 3 = fausse couche
- 4 = grossesse extra-utérine
- 5 = grossesse et naissance



Avez-vous déjà tenté un traitement FIV ou ICSI ?

non oui

Si oui, veuillez apporter des précisions ci-dessous et compléter le tableau.

Quand ?

Où ?

Combien de cycles frais (= cycles avec ponction d'ovocytes) ?

Combien de cycles de décongélation (= cycles utilisant des embryons congelés) ?

| Cycle | Médication (*) | Dose de médication au départ (Menopur, Gonal-F ou Puregon) (**) | Nombre d'ovules lors de la ponction | FIV/ICSI | Nombre d'ovules fécondés | Jour de la réimplantation des embryons (après ponction) | Nombre d'embryons réimplantés | Nombre d'embryons congelés | Résultat (***) |
|----------------|----------------|---|-------------------------------------|---|--------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|----------------|
| 1 ^e | | | | <input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI | | | | | |
| 2 ^e | | | | <input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI | | | | | |
| 3 ^e | | | | <input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI | | | | | |
| 4 ^e | | | | <input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI | | | | | |
| 5 ^e | | | | <input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI | | | | | |
| 6 ^e | | | | <input type="radio"/> FIV <input type="radio"/> ICSI | | | | | |

(*) (**) (***) voir les différentes options à la page suivante



- Lors des menstruations, avez-vous des crampes dans le bas-ventre ? non oui
- Si oui, les crampes sont-elles : légères modérées fortes très fortes
- Combien de fois par semaine en moyenne avez-vous des rapports sexuels ? oui non
- Tenez-vous compte de votre période féconde ? non oui
- Y a-t-il des difficultés lors des rapports ? non oui
- Les rapports sexuels sont-ils douloureux ? non oui
- Vous arrive-t-il d'avoir des pertes de sang entre vos menstruations ? non oui
- Ressentez-vous des douleurs dans le bas-ventre en dehors des menstruations ? non oui
- Avez-vous des selles douloureuses pendant vos menstruations ? non oui
- Y a-t-il parfois du sang sans vos selles ? non oui
- Souffrez-vous de constipation ? non oui
- Souffrez-vous de diarrhée ? non oui
- Ressentez-vous une douleur en urinant pendant vos menstruations ? non oui
- Y a-t-il parfois du sang sans votre urine ? non oui
- Souffrez-vous d'une sécrétion vaginale anormale ? non oui
- Souffrez-vous de démangeaisons vaginales ? non oui
- Souffrez-vous d'une pilosité excessive sur les jambes, les bras ou le visage ? non oui
- Souffrez-vous de bouffées de chaleur ou de transpiration nocturne ? non oui
- Avez-vous continuellement (presque chaque jour, donc aussi en dehors de la période de menstruation) des douleurs dans le bas-ventre ? non oui
- Vous sentez-vous fatiguée ? non oui



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTENAIRE (SI D'APPLICATION)

Groupe sanguin :(Votre carte de groupe sanguin vous sera demandée lors de la consultation)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

| Y a-t-il dans votre famille des personnes atteintes de : | Non | Oui | Si oui, précisez : |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Malformations congénitales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Maladies héréditaires connues | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Problèmes de fertilité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Problèmes psychologiques (dépression, schizophrénie,...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Autres problèmes non cités | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avez-vous déjà été gravement malade ? non oui

Si oui, veuillez mentionner le nom de la maladie et indiquer si vous faites toujours l'objet d'un suivi médical pour cette maladie :

.....

Avez-vous déjà eu une dépression ou pris des antidépresseurs ? non oui

Si oui, veuillez préciser quand et indiquer si vous faites encore l'objet, pour cela, d'un suivi médical :

.....

Êtes-vous allergique à certains médicaments (antibiotiques,...), au latex ou aux désinfectants ?

non oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des problèmes au niveau des testicules ou du pénis ?

non oui, précisez :

Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir ou maintenir une érection ? non oui

Avez-vous déjà eu des problèmes d'éjaculation ? non oui

Avez-vous déjà été opéré ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année et le nom de l'opération :

Avez-vous déjà subi une opération au niveau des testicules ou du pénis ? non oui

Si oui, veuillez mentionner l'année, le nom de l'opération et le nom du médecin qui vous a opéré :

.....



Prenez-vous des médicaments ? non oui

Si oui, veuillez mentionner les médicaments que vous prenez et la dose :

Avez-vous des enfants dans votre relation actuelle ? non oui

Si oui, veuillez indiquer leur nombre :

Avez-vous des enfants issus d'une relation antérieure ? non oui

Si oui, veuillez indiquer leur nombre :

MODE DE VIE

Êtes-vous un fumeur actif ? non oui

Si oui, combien fumez-vous par jour ?

Buvez-vous de l'alcool ? non occasionnellement oui

Si oui, combien de verres par jour ?

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des drogues douces ou dures ? non oui

Si oui, précisez :

Prenez-vous ou avez-vous pris récemment des suppléments alimentaires obtenus par internet ou via des centres de fitness/magasins ?

non oui, précisez :

Êtes-vous en contact avec des produits toxiques ? non oui

Si oui, précisez :

Travaillez-vous dans des conditions de travail spéciales ? non oui

Combien pesez-vous ? kg

Combien mesurez-vous ? cm